UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972 N° d'Ordre 3

LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU GENU VALGUM DE L'ENFANT PAR LE JOUG CONDYLIEN

(Etude de 168 Observations)

*

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE D'UNIVERSITÉ

par

Monsieur Barthélémy MUKOSA-SENGE
Né à MANGUREDJIPA (République du Zaïre)

---

soutenue publiquement le 5 Octobre 1972 devant la Commission d'Examen :

J. CABANAC Président
A. BEAUDOING
J. BUTEL
BALLY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544309_0048

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972 N° d'Ordre 3

LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU GENU VALGUM DE L'ENFANT PAR LE JOUG CONDYLIEN

(Etude de 168 Observations)

*

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE D'UNIVERSITÉ

par

Monsieur Barthélémy MUKOSA-SENGE
Né à MANGUREDJIPA (République du Zaïre)

---

soutenue publiquement le 5 Octobre 1972 devant la Commission d'Examen :

J. CABANAC Président
A. BEAUDOING
J. BUTEL
BALLY

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie ce travail :

A MES PARENTS

Votre soutien matériel et affectif a été pour moi un grand réconfort tout le long de mes études. Puissiez-vous trouver ici l'aboutissement de tous mes efforts et l'expression de ma reconnaissance filiale.

A MA FEMME

A TOUS MES AMIS

Sans vous je me serais senti isolé et privé de ces contacts chaleureux.
Mes meilleurs souvenirs.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Le Professeur CABANAC,

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement que nous avons acquis dans son service, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Professeur A. BEAUDOING
Professeur J. BUTEL
Docteur BALLY

Nous les remercions d'avoir bien voulu s'intéresser à notre travail et de nous avoir fait l'honneur de le juger.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUTEL

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; nous le remercions de l'accueil bienveillant et de l'aide qu'il nous a réservés pendant l'élaboration de ce travail.

A TOUS NOS MAITRES

Vous ne vous êtes pas laissés décourager par nos balbutiements au cours de notre apprentissage de cet art noble et bien délicat.

Voici le témoignage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION ET DEFINITION

De nos jours les parents s'inquiètent volontiers des défauts morphologiques de leurs enfants. D'ailleurs ne s'en apercevraient-ils pas, que l'entourage ou l'un des nombreux contrôles médicaux scolaires ou autres, se chargerait bien d'attirer leur attention sur cette anomalie.

Tandis que les grandes déformations "rachitiques" nous paraissent beaucoup plus rares, le nombre des genu valgum de la première enfance a sensiblement augmenté.

Le dogme de sa correction spontanée n'est plus admis sans restriction.

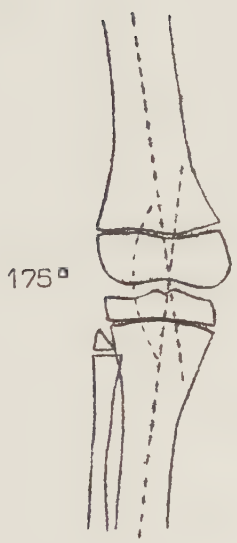
Certes quelques genu valgum se corrigent d'eux-même avec la croissance. Mais le plus souvent la déformation augmente progressivement et il vaut mieux la dépister et la traiter précocement. Cette donnée explique peut-être l'augmentation apparente du nombre de genu valgum.

Normalement la jambe ne prolonge pas directement la cuisse ; les axes des deux membres font entre-eux un angle d'environ 175° ouvert en dehors.

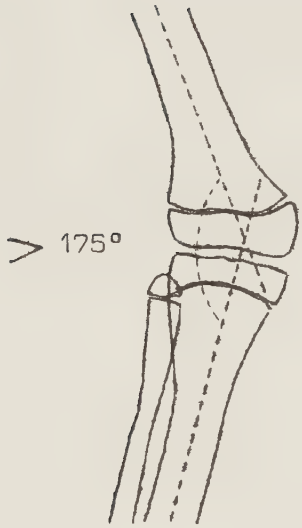
On dit qu'il y a genu valgum quand cette déformation en valgus du tibia est supérieur à 5° (Fig.1).

Qu'un poids normal déforme un os mou, comme dans le rachitisme, ou qu'un poids trop lourd incurve un os normal, comme dans les déformations essentielles, la surchage pondérale parait être le lien unissant les déformations du genou des jeunes enfants.

Fig. 1



Genou normal



Genu valgum

L'AXE MECANIQUE DU MEMBRE INFERIEUR

L'axe mécanique du membre inférieur joint trois points situés sur une même droite : le centre de la tête fémorale, le milieu du plateau tibial et le milieu de la motaise tibio-péronière (Fig.2).

Cet axe se confond avec l'axe du tibia mais est différent de celui du fémur. Ainsi l'axe du tibia fait avec l'axe du fémur un angle obtus ouvert en dehors, compris entre 170° et 175°.

Habituellement c'est l'angle supplémentaire que l'on mesure à l'aide d'un comparateur ou d'un goniomètre, Il ne doit pas dépasser 5 à 10° (Fig.5).

Cet axe mécanique normal est parallèle à la ligne de gravité du corps en position bipède. Les lignes de force pondérale s'équilibrent ainsi sur les condyles fémoraux et sur les plateaux tibiaux.

En position monopodale et en particulier lors de la marche, le corps se déplace du côté portant pour que la verticale tombant du centre de gravité du corps passe par le milieu de l'axe de la tibio-tarsienne. (Fig.3)

Enfin, lorsque l'enfant debout serre les genoux, les faces cutanées de ses malléoles internes doivent se toucher.

Dans le genu valgum, l'angle mesuré dépasse facilement 10° et lorsque l'enfant serre les genoux il existe un écart intermalléolaire dont la grandeur dépend naturellement de l'importance de la déformation.

L'axe mécanique est brisé, la ligne d'appui se déporte en dehors et surcharge le plateau tibial externe.

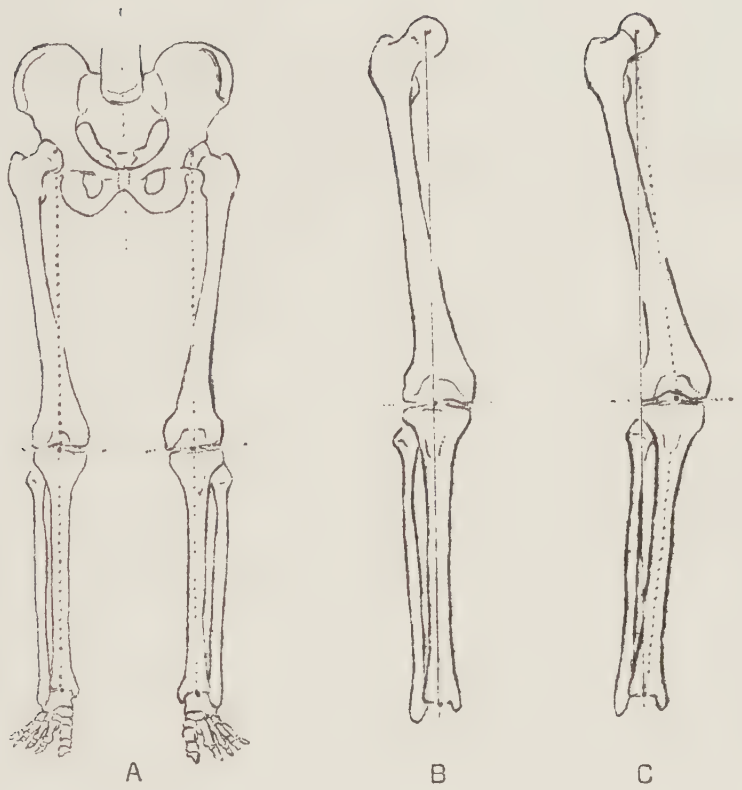


Fig. 2

A. L'équilibre normal des membres inférieurs.

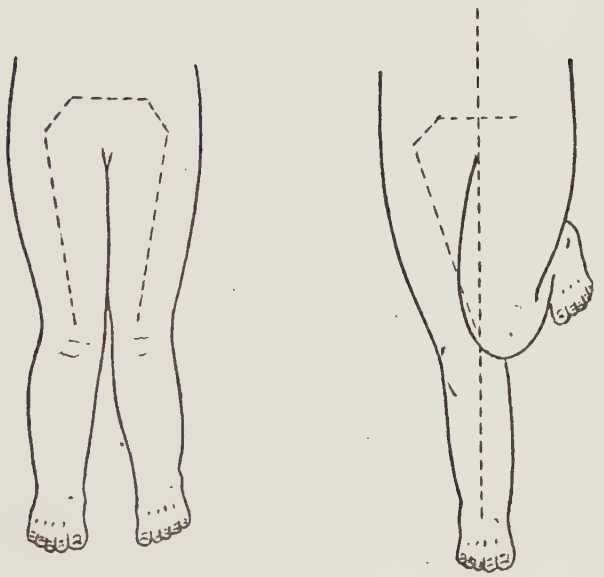
La ligne de charge coïncide avec l'axe mécanique du membre et passe par le milieu du genou. En station unilatérale la ligne de charge se déplace vers l'intérieur. La contraction du deltoïde fessier (bandelette de Méssiat) équilibre la pression.

B. L'axe mécanique du genou joint le centre de la tête fémorale au milieu de la mortaise tibio-péronière. Il passe au milieu du genou.

C. Valgus.

L'os du jeune enfant est essentiellement plastique; par le jeu de la loi de Delpech, les surfaces anormalement comprimées s'atrophient, les surfaces anormalement décomprimées s'hypertrophient.

C'est ainsi qu'on peut observer dans le genu valgum l'hypertrophie de la partie interne du genou. Le plus souvent, il s'agit du condyle interne, parfois du plateau tibial interne. Dans d'autres cas des deux à la fois.



- A - - B -

Fig. 3

A - Station bipède.

B - En station monopode , le tibia tend à se verticaliser par la mise en adduction du membre. La contrainte en valgus est minime.

ETIOLOGIE

Nous traiterons du genu valgum "essentiel" de l'enfant qui est un genu valgum pur, en laissant de côté celui qui est dû uniquement à une incurvation tibiale ou fémorale.

LE GENU VALGUM ESSENTIEL DES JEUNES ENFANTS

Le plus fréquent, la déformation du genou occupe le premier plan.

Il apparait entre 2 et 7 ans chez un enfant bien portant ; un garçon en général, le plus souvent un peu lourd.

Il est bilatéral et les membres inférieurs sont en X.

L'examen étiologique est entièrement négatif, si ce n'est la découverte d'un déficit capsulo-ligamentaire du genou.

En fait, à l'interrogatoire, il est fréquent de retrouver des rhino-pharyngites à répétition ou des angines qui entrainent un petit fléchissement de l'état général.

Le genu valgum semble donc constituer toute la maladie.

On retrouve très fréquemment une certaine laxité articulaire à laquelle on attribue une valeur pathogénique révélatrice d'une certaine atonie musculaire dont on observe une autre manifestation dans le pied valgus qui peut lui être associé.

L'origine de ce genu valgum peut être expliqué comme une dysharmonie de croissance os-muscle.

Le rachitisme n'intervient en aucune façon ; aucun état réellement pathologique, aussi bien local que général, ne peut être mis en cause ; qui plus est, le caractère pathologique du genu valgum lui-même admis comme une évidence par la grande masse des auteurs, n'est pas démontré.

Le pronostic est excellent, la correction s'obtient en un an au maximum.

Dans de très rares cas, cependant, une composante osseuse s'ajoute au déficit capsulo-ligamentaire. Les attitudes compensatrices apparaissent, surtout aux pieds (pied valgus) et aux jambes (en rotation interne).

Nous éliminons de cette étude les autres formes de genu valgum telles que :

- Le genu valgum rachitique, beaucoup plus rare, dont l'évolution se fait dans la majorité des cas vers la correction des déformations, spontanément ou à l'aide du traitement médical.

- Le genu valgum des adolescents dont le pronostic est moins bon que chez l'enfant. Non traité, la déformation persiste ; plus tard, elle provoquera une arthrose du genou. Il relève du traitement chirurgical.

- Le genu valgum symptômatique, consécutif à un trouble de l'ostéogénèse ou à une rupture de l'équilibre musculaire du membre inférieur.

- Le genu valgum de compensation : quand la hanche est fixée en adduction par une coxa vara, une luxation congénitale, une coxarthrose, la jambe se dévie en dehors pour permettre l'appui.

- Le genu valgum d'origine infectieuse s'abservant à la suite d'ostéomyélite ou tumeur blanche du genou.

- Le genu valgum traumatique apparaissant dans les fractures du genou avec ascension du condyle fémoral. Le plus souvent il s'agit de l'enfoncement du plateau tibial externe.

ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

La gène fonctionnelle due à la déformation elle-même est rarement très importante, hormis de gros valgus où les genoux s'entrechoquent.

Toutefois il est fréquent que ces enfants soient amenés en consultation parce qu'ils tombent souvent ou qu'ils sont très fatiguables.

Le point de vue esthétique est rarement le seul qui incite les parents à amener leur enfant à la consultation.

L'examen clinique sera effectué sur un enfant complétement nu, et dans trois attitudes :
- debout
- à la marche et
- en position couchée.

L'enfant debout et immobile, les jambes prennent la forme générale d'un X, les genoux se touchent et les pieds restent écartés l'un de l'autre d'une distance plus ou moins importante suivant les cas. Leur appui au sol est notoirement modifié au point que l'on entend parler aussi de pieds plats ; il s'agit en fait de pied valgus fonctionnel.

L'enfant étant de dos, on apréciera l'existance éventuelle d'un valgus du calcanéum par la direction que prend le talon dont l'axe est normalement vertical dans le prolongement de celui du tibia.

L'enfant marche sans boiterie mais en portant les pieds alternativement en avant et en dehors alors que les genoux se touchent.

L'examen de l'enfant en position couchée représente l'étape importante de l'étude du genu valgum chez l'enfant.

Les deux membres inférieurs sont placés en extension complète et légère rotation externe et les genoux mis en contact.

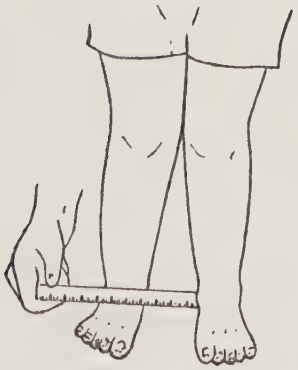


Fig. 4

Les genoux sont en extension maximum. On mesure à la règle métallique (ou un ruban métrique) milimétré l'espace compris entre les faces internes des malléoles internes.

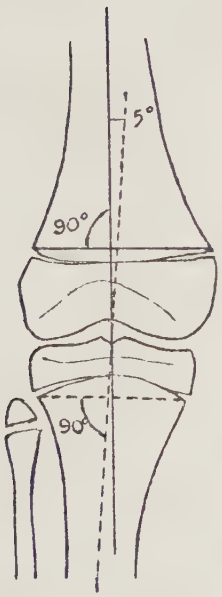


Fig. 5

Genou normal.

Les axes des diaphyses fémorales et tibiales forment etre eux un angle à sinus ouvert en dehors. Il est de 175° environ.

Il est plus parlant de mesurer son supplément: 5°.

Les axes se croisent en un point situé au niveau ou au-dessus de l'interligne articulaire du genou. L'angle diaphyso-métaphysairetibial supérieur (angle formé par le croisement de l'axe diaphysaire tibial et la ligne joignant les angles de la métaphyse supérieure), est de 90°. Il est plus parlant de mesurer le supplément: 0°.

La même mesure peut se faire pour la métaphyse fémorale inférieure.

Les deux métaphyses font entre elles un angle de 5 à 15° qui reste relativement constant.

On mesure avec un ruban métrique ou mieux avec une règle rigide l'écart séparant les deux malléoles internes (Fig.4)

On estime qu'à l'âge de 3 ans l'écart intermalléolaire normal varie entre 0 et 4 cm.

Cet écart permet d'apprécier l'importance de la déformation. Il sera soigneusement noté pour permettre de surveiller l'allure évolutive de la déformation.

Un autre point important réside dans l'appréciation de l'hypotonie des ligaments du genou. On retrouve fréquemment une hyperextension passive qui peut atteindre ou dépasser 15°. Les mouvements de latéralité seront recherchés le genou étant en extension simple.

En flexion, le genu valgum disparait, les deux jambes sont parallèles, les genoux sont au contact.

A cet âge, l'examen radiologique n'apporte aucun élément supplémentaire mais il permet de constater l'absence de déformation osseuse. Il permet également de repérer la ligne d'appui partant du milieu de la tête fémorale jusqu'au milieu de la mortaise tibio-péronière en utilisant un fil opaque aux rayons X.

On chiffre ainsi la déviation en mesurant la distance qui sépare la ligne d'appui du milieu du genou.

La radiographie sera toujours pratiquée en prenant les deux membres inférieurs de face, l'enfant étant debout. L'ampoule à rayons X doit être à distance pour réduire l'erreur due à la projection conique.

Le cliché permet de mesurer plus facilement l'angle fémoro-tibial (Fig.5) ainsi que d'apprécier le degré de réductibilité de la déformation.

Le reste de l'examen n'apporte en général que peu d'éléments complémentaires.

De tous ces éléments on peut donc tirer les conclusions suivantes :

- Le genu valgum du premier âge est souvent lié à l'excès pondéral.

- Les phénomènes d'accompagnement les plus courants sont l'hypotonie avec laxité ligamentaire et le valgus des pieds.

- Rien ne permet d'affirmer que les genu valgum résiduels de l'adolescence se recrutent parmi les porteurs de genu valgum infantile.

- Pourtant l'évolution de certaines formes entraine une participation osseuse. Elle fait apparaitre des attitudes compensatrices surtout aux pieds (pied valgus) et aux jambes. Ceci nous parait justifier le traitement du genu valgum du jeune enfant.

TRAITEMENT

Le traitement du genu valgum essentiel pur du petit enfant est exclusivement orthopédique. Il fait appel à des méthodes actives et passives.

LES METHODES ACTIVES

ont pour but de muscler les membres inférieurs de l'enfant afin de les équilibrer et de leur rendre leurs axes normaux, physiologiques.

Le meilleur moyen est la pratique du TRICYCLE ou de la BICYCLETTE suivant l'âge de l'enfant. La selle sera mise un peu basse afin d'obliger l'enfant à pédaler les genoux écartés et à corriger ainsi la déformation en valgus. L'enfant y trouve la suppression de toute surcharge et l'occasion de développer ses groupes musculaires dont le tonus apparait d'une telle importance pour l'armonieux développement du système ostéo-articulaire.

Une laxité importante du genou fera limiter, autant que possible la station debout et la marche pour supprimer toute surchage. Par contre, le tricycle et la bicyclette resteront naturellement indiqués.

LES METHODES PASSIVES

Plusieurs appareils ont été réalisés ; ils sont le plus souvent à usage nocturne et leur action est progressive.

LES PLATRES SUCCESSIFS : il s'agit de gouttières plâtrées avec ou sans chambre libre, avec ou sans caoutchouc mousse de compression permettant d'obtenir la correction dans le genu valgum entièrement réductible.

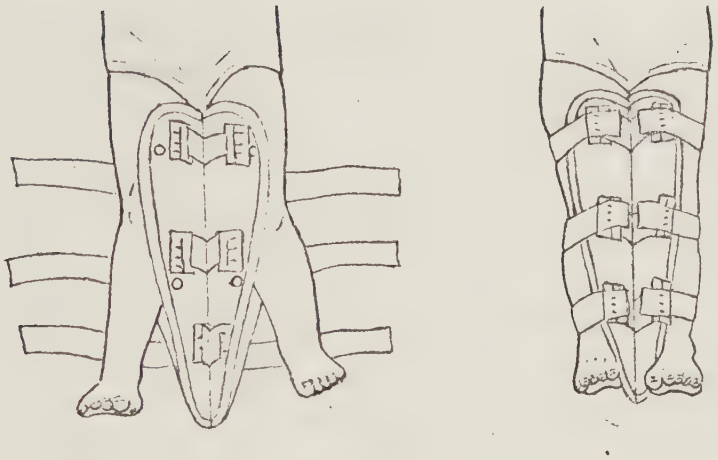


Fig. 6

Attelles de correction type Mermaid.
Les gouttières d'aluminium sont garnies de feutre.
La correction progressive est réalisée par des capitonnages successifs de l'appui condylien interne.

Ils sont refaits tous les 15 jours en accentuant la correction de genu valgum. Ils assurent la stabilité du genou car ils tendent passivement le ligament latéral interne.

Ils ne doivent être utilisés qu'au minimum car ils empêchent l'activité normale de l'enfant qui a besoin de développer muscles et ligaments.

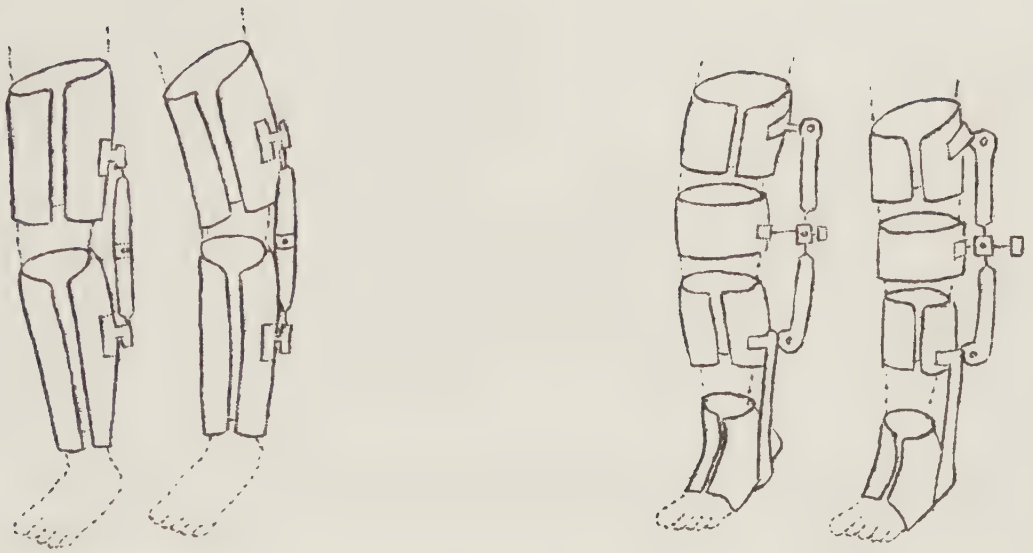
L'APPAREIL DE MERMAID est formé de deux attelles en aluminium, accolées par leur face interne, rembourrées de feutre et munies de sangles au niveau des cuisses et des jambes (Fig.6).

On rembourre progressivement l'appui condylien interne.

Cet appareillage de nuit est parfois mal toléré et souvent la famille se lasse et ne l'applique plus.

L'APPAREIL DE BRISARD est constitué de deux gaines en cuir : un "cuissard" et une "guêtre", ainsi que d'un tendeur. Ce dernier permet de converir progressivement le genu valgum en un léger genu varum (Fig. 7A).

L'APPAREIL DE FEVRE proche du précédent, est composé de cinq éléments : une gaine fémorale, une genouillère, une jambière, un botillon ainsi qu'un tendeur. Son avantage est le botillon qui empêche la gaine jambière de tourner autour de la jambe (Fig. 7B).



- A -

- B -

Fig. 7

A. Appareil de Brisard : le genu valgum a été progressivement inversé en genu varum grâce à l'action du tendeur.

B. Appareil de Fèvre, plus complexe. Son avantage est le bottillon qui empêche la gaine jambière de tourner ; mais le bottillon peut être adjoint, si nécessaire, à l'appareil de Brisard.

. LE JOUG CONDYLIEN MONOBLOC

Il est basé sur un phénomène classiquement connu : dans l'attitude en flexion, la divergence des tibias libérés de la pression assymétrique des condyles fémoraux, se rectifie spontanément.

Nous empruntons à MICHEL L. la description et les schémas concernant cet appareillage.

Cet appareil comprend un double dispositif :
- jambier ; un lien élastique malléolaire,
- crural ; le "joug condylien" chargé de maintenir les deux genoux juxtaposés sur un même plan frontal aussi bien dans l'extension que dans la flexion.

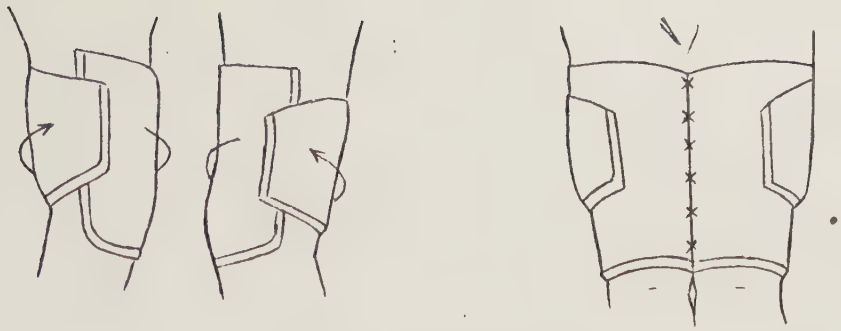
Le joug condylien monobloc se confectionne de la façon suivante :

1° La prise conjuguée des deux genoux est tout d'abord réalisée par deux lames de feutre entourant chaque cuisse de dedans en dehors jusqu'au-dessous des condyles et cousues ensemble sur la ligne médiane.

Les bords externes de chaque lame se chevauchent en avant pour réaliser un enveloppement complet (Fig.8A).

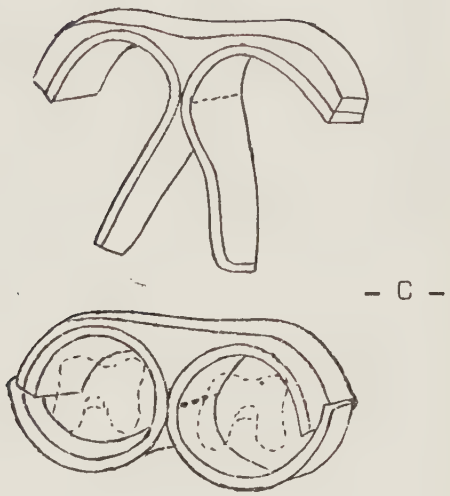
2° La solidité de la prise condylienne est ensuite assurée par une double valve plâtrée, appliquée sur la face antérieure de l'enveloppe feutrée à laquelle elle adhère, exactement sur la face antéro-externe des cuisses, et spécialement sur les côtés externes des condyles ainsi que dans l'espace intercondylien où elle forme un espèce d'éperon (Fig.8B).

3° Ainsi est obtenu un bloc homogène à quatre ailes, dont les ailes postérieures, souples, pour la fixation, font corps avec les ailes antérieures, rigides, pour la contention, et qu'elles débordent de chaque côté pour juguler étroitement les deux genoux (Fig.8C).

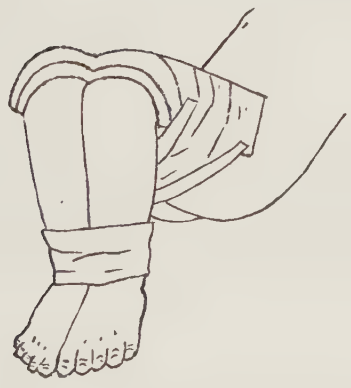


- A -

- B -



- C -



- D -

- E -

Fig. 8 Le joug condylien monobloc.

4° Mis en place et entouré d'une bande tissée lastex, l'appareil, vu de face, genoux fléchis (en attitude d'application) domine le massif condylien à la façon d'un véritable joug. A mesure que se fait l'extension, sa crête médiane s'insinue entre les condyles et les maintient conjugués et juxtaposés, cependant que les malléoles sont maintenues au contact mutuel par le lien élastique (Fig.8D).

5° L'usage du joug condylien peut être pratiqué de deux façons : ou continue, la nuit, ou discontinue, par séances de va-et-vient en flexion extension,matin et soir, dix minutes (que l'enfant accepte volontiers, présenté comme un jeu), ou encore, ce qui est mieux, en combinant les deux formules.

Quelques remarques sont à retenir pour l'usage judicieux du joug condylien,

Cet appareil est indiqué surtout pour les genu valgum à déformation purement articulaire.

Les limites de la déformation se situent entre 3 et 12 centimètres d'écart intermalléolaire : au-dessous, indication abusive.

L'âge moyen des sujets est de 2 à 5 ans ; plus précoce, l'appareil serait géné par l'énurésie, et plus tardif, il serait moins efficace sur la croissance osseuse.

Nous allons maintenant considérer les résultats de notre expérience.

Sur un total de 672 dossiers de genu valgum, nous avons utilisé une statistique partielle de 300 cas de genu valgum de l'enfant de 1 à 9 ans.

Sur ces 300 cas, 168 ont été traités par joug condylien.

Les dossiers ont été classés par tranches d'âge de 1 à 2 ans, 2 à 3 ans, 3 à 4 ans, 4 à 5 ans, 5 à 6 ans et 6 à 9 ans.

Le tableau suivant montre la répartition des cas suivants les âges : (tableau 1)

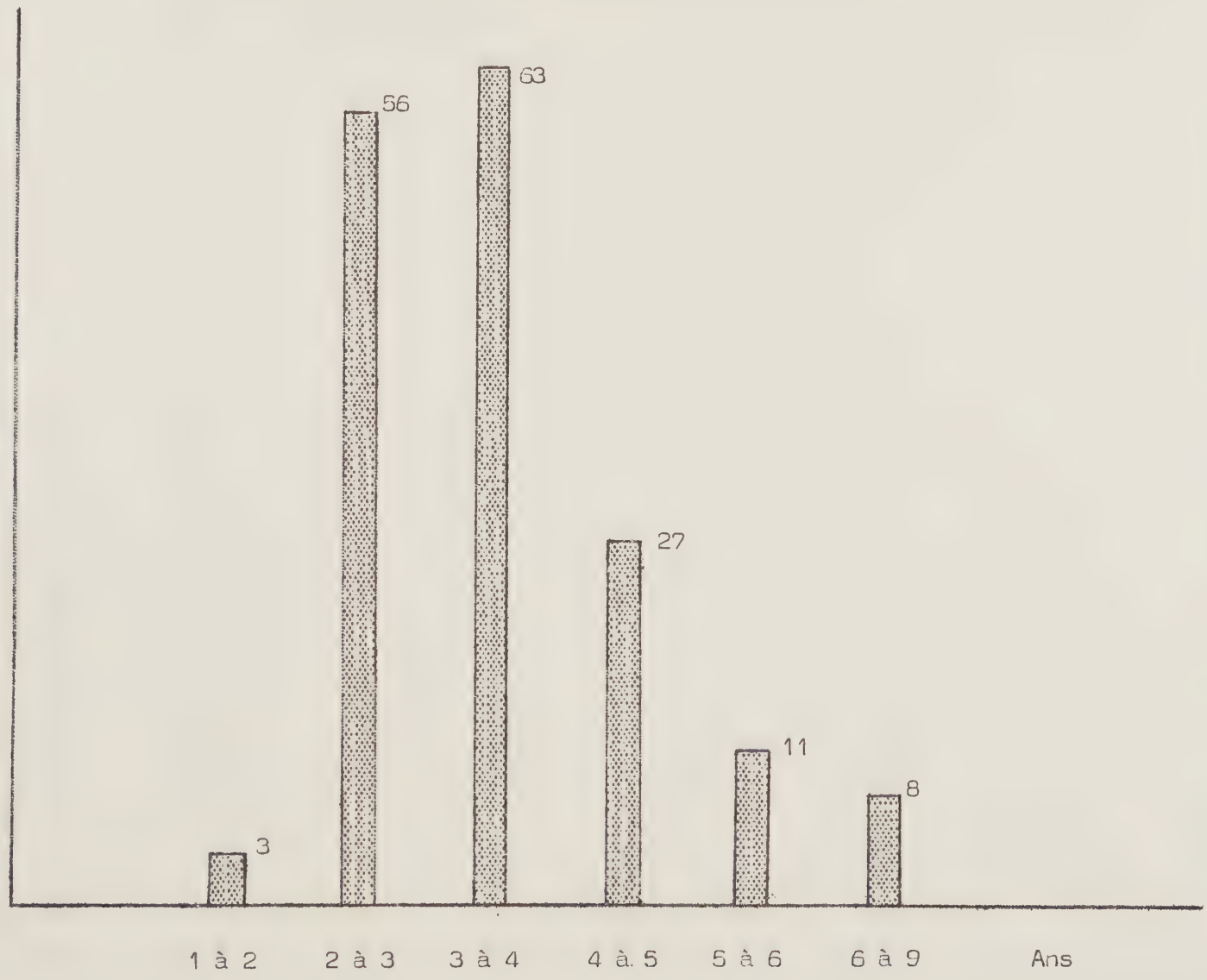
de 1 à 2 ans : 3 cas
de 2 à 3 ans : 56 cas
de 3 à 4 ans : 63 cas
de 4 à 5 ans : 27 cas
de 5 à 6 ans : 11 cas
de 6 à 9 ans : 8 cas

La répartition selon le sexe n'a pas été étudiée dans les tranches d'âge, mais la répartition globale est sensiblement égale puisque sur un total de 672 dossiers, nous avons 357 garçons et 316 filles.

Tableau 1

Nombre de cas

T

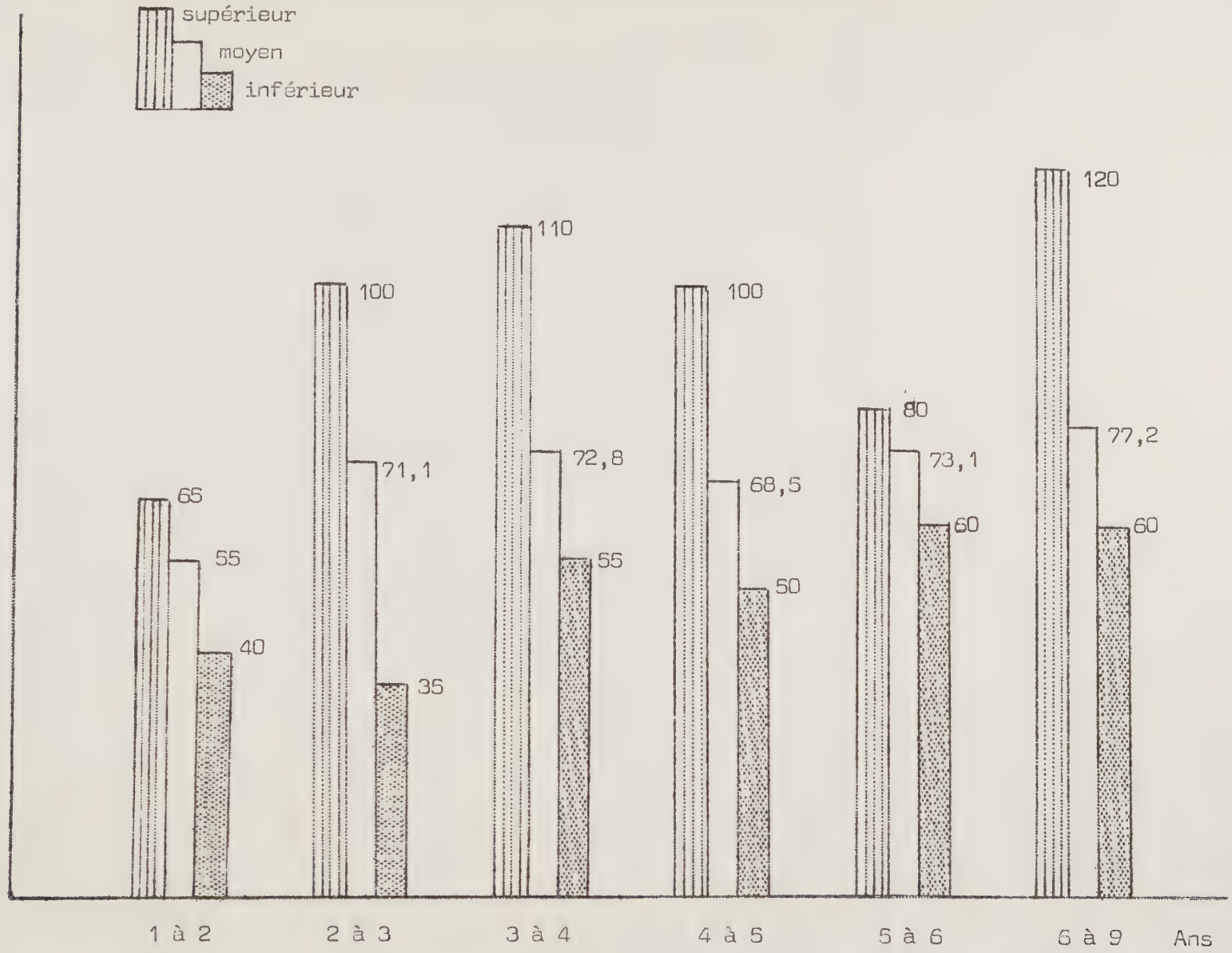


Population par tranche d'âge

L'écart inter-malléolaire initial moyen, avant traitement, était aux alentours de 70 mm, sauf avant 2 ans où les 3 cas étaient entre 40 et 65 mm.

Le tableau II (page suivante) montre la répartition des écarts moyens et extrêmes selon l'âge :

Tableau 2



Ecarts intermalléolaires initiaux moyens extrêmes selon les tranches d'âge

RESULTAT DU TRAITEMENT

Nous ne tenons pas compte des cas trop peu nombreux entre 1 et 2 ans (3).

Les enfants sont suivis de 2 mois en 2 mois jusqu'à correction :

- Entre 2 et 3 ans :

  56 cas

Le gain moyen est :
- en 2 mois : 27,2 mm depuis le début du traitement
- en 4 mois : 40 mm depuis le début du traitement
- en 6 mois : 31,8 mm depuis le début du traitement

avec un maximum de gain extrême de 55 mm.

Certains cas ont résisté au traitement, essentiellement parce que le joug condylien n'était pas porté régulièrement, par négligence ou parce que les enfants supportaient mal l'appareil. Mais l'application régulière du joug condylien fait cesser cette résistance, aidée parfois par un petit traitement sédatif. On note 4 récidives, dont :

1 à 13 mois après le début du traitement
2 à 10 mois
1 à 8 mois qui s'était produite alors que le joug condylien avait été abandonné.

- Entre 3 et 4 ans

63 cas

Le gain moyen est :
- en 2 mois : 28,2 mm
- en 4 mois : 41,28 mm
- en 6 mois : 40,75 mm
- en 8 mois : 47,2 mm

Le traitement était arrêté en moyenne au bout de 5 à 6 mois.

6 récidives ont été observées, alors que le joug n'était plus posé.

- Entre 4 et 5 ans

27 cas

Le gain moyen est :
- en 2 mois : 27,2 mm
- en 4 mois : 37,2 mm
- en 6 mois : 41 mm
- en 8 mois : 40 mm

avec des gains extrêmes de 65 mm au 6ème mois, 55 mm au 4ème mois.

L'arrêt du traitement s'est produit en moyenne à 7 mois. On n'a pas noté de récidive dans ces cas là.

- Entre 5 et 6 ans

11 cas

le gain moyen est :
- en 2 mois : 31,8 mm
- en 4 mois : 35,7 mm
- en 6 mois : 46,2 mm
- en 8 mois : 45 mm

L'arrêt du traitement s'est produit au bout du 8ème mois en moyenne. On n'a pas noté de récidive dans cette tranche d'âge.

- Entre 6 et 9 ans

8 cas

La dispersion des cas selon les âges ne permet pas une précision suffisante pour être exposée, mais en général les gains sont moins importants de 2 mois en 2 mois.

RECAPITULATION

Les traitements ont été entrepris en général chez les enfants dont l'écart inter-malléolaire était aux alentours de 70 mm. Mais en moyenne, le traitement avec joug condylien, a été institué chez des enfants ayant un écart inter-malléolaire s'élevant avec l'âge.

Ce qui compte surtout, c'est la relation entre l'écart inter-malléolaire et la longueur des membres inférieurs qui fait entrer, dans la décision du traitement, un élément d'appréciation où l'expérience intervient.

Le joug condylien s'est révélé efficace avec des gains importants surtout au début du traitement (dans les 4 premiers mois). Par la suite, les gains sont moins spectaculaires, surtout en raison du fait qu'il y a moins à gagner parce que la réduction s'est effectuée déjà partiellement. Ils atteignent facilement 40 mm au 4ème mois, alors qu'ensuite on note peu de gain et même parfois une légère régression (comme par exemple, on le voit en moyenne dans la tranche entre 2 et 3 ans).

Le traitement a été entrepris par série de 6 mois en moyenne (dans le tranche de 5 à 6 ans, la durée moyenne du traitement a été de 8 mois). Les récidives ont été assez rares : 10 connues dans cet ensemble de dossiers, et ont été reprises par joug condylien.

On n'a jamais noté, bien que le lien soit mis au niveau du coup de pied, de déformation du tibia due à la pose de l'appareil. La correction s'effectue bien sur les 2 genoux.

CONCLUSION

Le genu valgum du jeune enfant reste une imperfection disgracieuse fréquente qui résulte de l'hypotonie ligamentaire du genou débordée par la surcharge pondérale.

Les os ne sont que peu ou pas déformés ; dans tous les cas où la déformation osseuse existe, celle-ci est en deçà du degré clinique de l'angulation.

Les enfants atteints de genu valgum se présentent par ailleurs comme normaux ; développement physique, âge de la première dent, âge de la marche, etc.

Avant 5 ans, le genu valgum idiopathique peut se réduire spontanément dans certains cas. Mais on ne saurait négliger le genu valgum du petit enfant sous ce faux prétexte ; il faut savoir le dépister et instituer un traitement d'autant plus simple que le sujet sera plus jeune ; ce traitement ne doit pas comporter d'astreintes excessives pour l'enfant, ni d'inquiétude majeure pour l'entourage.

L'étude du joug condylien monobloc appliqué à 167 cas de genu valgum de l'enfant montre l'efficacité de cet appareil bénin, très bien supporté par ailleurs. Les corrections obtenues sont très satisfaisantes.

En général, le traitement de 6 mois suffit, avec parfois, lorsqu'il y a de petites récidives, une reprise du traitement pour une nouvelle période.

Le genu valgum de l'adolescent n'est pas étudié ici car il pose d'autres problèmes.

Vu : Le Président de la thèse

J. CABANAC

Vu et Permis d'Imprimer
Grenoble, le 5 Septembre 1972

Le Doyen,

G. CABANEL

BIBLIOGRAPHIE

BATESON E.M.

Déformations cagneuses et jambes arquées non rachitiques (Blount). Brit. J. Radiol., fév. 1966, 39, n° 458, 92-101, 16 fig.

CLEMENTS F.W.

Quelques études sur le genou cagneux = valgum.- Med.J. Austral., 15 mai 1954, 41, n° 20, 737-741.

COPEL R.

Déformation des membres inférieurs chez l'enfant, étude des causes courantes et kinésithérapie (genu valgum et varum, pieds plats). - J. Kinésithér. juil. août 1965, 13, n° 132, 3-11, 18 fig.

DEBEUGNY P.

Le genu valgum. Etiologie et indications thérapeutiques. - Lille chir., juil.-oct. 1968, 23, n° 4-5, 121-132.

DEBRUNNER H.U.

Evaluation et traitement des malformations de la jambe et du pied (pied talus, plied plat, genu valgum). - Schweiz. Méd. Wschr., 17 juin 1967, 97, n° 24, 780-781.

DUCROQUET R., J. et P.

Redressement progressif des déviations du genou chez l'enfant. - Arch. hosp., juin 1957, 29, n° 6, 173-174.

DUPARC J. et MASSARE C.
Mesures radiologiques des déviations du genou dans le plan frontal. - Annales de radiologie 1967, 10, n° 9-10, 635-656.

ENEL J.
Réflexions sur le genu valgum commun de l'enfant. - Concours méd., 21 avr. 1962, 84, n° 16, 2411-2413.

FARRIER C.D. et LLOYD-ROBERTS G.C.
Evolution naturelle du genu valgum idiopathique chez l'enfant. - Practitioner, déc. 1969, 203, n° 1218, 789-790.

GEPPERT T.V.
Le genou cagneux physiologique = vagum. - AmJ. Dis.Child., févr. 1952, 83, n° 2, 154-155, 8 fig.

HOUDRE (Mme)
Traitement du genu valgum. - Maroc Méd., janv. 1959, 38, n° 404, 189-191.

IRON D. et BRITTAIN A.
Le traitement du genu valgum. - Brit. Méd. J., 21 août 1948, n° 4572, 385-387, 3 fig.

KLISZOWSKI H.
Genu valgum chez l'enfant. - Concours Méd., 4 juil. 1970, 92, n° 27, 6049-6053, 6 fig.

LAURENCE G.
Inquiétudes maternelles. - RP. 11 nov. 1954, tome IV, n° 29.

LAURENCE G.
Orthopédie du premier âge. - Les cahiers Gaillières 2ème édition 1966, 110-115.

LELIEVRE J.

Le genu valgum. - Concours méd., 23 oct. 1965, 87, n° 43, 6053-6060, 5 fig.

MASSE P. et GRANJON M.-L.

Les "genu valgum" de l'enfant. - Rev. Praticien, 21 nov. 1962, 12, n° 30, 3277-3289, 7 fig.

MICHEL L.

Le joug condylien monoblic dans le traitement du "genu valgum" infantile. - Presse méd., 24 fév. 1965, 73, n° 10, 555-556, 8 fig.

MORLEY A.J.M.

Le "genu valgum" chez l'enfant. - Internat. méd. Dig., mars 1958, 72, n° 3, 179-181.

PELLERIN

"Petite orthopésie quotidienne" - La Médecine infantile. - fév. 1959, n° 2, 8-14.

RCEDERER C.

Traitement ambulatoire du genu valgum des petits enfants. - Concours méd., 5 août 1950, 72, n° 31, 2421-2422.

ROEDERER C. et BUREAU G.

Le port de semelles orthopédiques est-il utile ou nuisible dans le traitement du genu valgum ?. Un leurre. - Concours méd., 10 avr. 1954, 76, 1509-1511, 6 fig.

SEIGER W.

Un appareil destiné à être porté la nuit pour la correction du genu valgum.- J.Bone Joint Surg., janv. 1946, 28, n° 1, 178-179,2 fig.

SHOPFNER C.E. et COIN C.G.
Genu varus et valgus chez l'enfant. - Radiology, mars 1969, 92, n° 4, 723-732, 11 fig.

VIRENQUE J., PASQUIE M., SALANOVA C. et SOREL E.
Le genu valgum, son traitement chez l'enfant et l'adolexcent. - Arch. franç. péd., déc. 1965, 22, n° 10, 1248.

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION ET DEFINITION Page 1

- ETIOLOGIE Page 7

- ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE Page 9

- TRAITEMENT Page 14
  . Le Joug condylien monobloc Page 17

- RESULTAT DU TRAITEMENT Page 24

- CONCLUSION Page 28

- BIBLIOGRAPHIE Page 30

- S E R M E N T D' H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes Confrères si j'y manque.